


INSTITUT FÜR
GESELLSCHAFTS-
UND SOZIALPOLITIK

Public Health und Clinical Medicine: Zwei Formen gesundheitlicher Vorsorge – zwei Arten gesundheitspolitischer Intervention

Antrittsvorlesung Margitta Mätzke, Ph.D.

28.11.2011

Johannes Kepler Universität Linz



INSTITUT FÜR
GESELLSCHAFTS-
UND SOZIALPOLITIK

Antrittsvorlesung Margitta Mätzke Ph.D. 28. November 2011

Gesundheitspolitik in der vergleichenden politikwissenschaftlichen Institutionenanalyse

- Sozialpolitische Politikfelder – u.a. Gesundheitspolitik – als „Fenster“, die es uns erlauben, etwas über Institutionen und Politikprozesse zu lernen
 - Über deren sinnvolle oder sinnlose Ausgestaltung
 - Über die Rolle öffentlicher Intervention in der Gesellschaft
 - Über die Grenzen und Gefahren solcher staatlicher Handlungskapazität

→ Ein institutionentheoretisches Erkenntnisinteresse

→ Welches ist das Potenzial solch einer institutionentheoretischen Forschungsagenda?

F 1

Übersicht

1. „Public Health“ und „Clinical Medicine“ als zwei Formen gesundheitlicher Vorsorge mit unterschiedlichem Selbstverständnis
2. Wie ist das Verhältnis von Public Health und Clinical Medicine in verschiedenen Ländern institutionalisiert?
 - i. Gesundheitssystem – Typen
 - ii. Historisch vergleichende Analyse des *Verhältnisses* zwischen Public Health & Clinical Medicine in zwei Fallbeispielen
3. Einfluss dieser unterschiedlichen institutionellen Manifestationen auf Politik-Ergebnisse: Ein Anwendungsbeispiel und drei Arbeitshypothesen
4. Erträge der vergleichenden Institutionenanalyse

F 2

(1) Warum die Anglizismen?

„Public Health“

- Gesundheitspolitik in öffentlicher Verantwortung
- Gesundheitspolitik mit einem Fokus auf Populationen, nicht so sehr Individuen
- Historisch: Seuchenbekämpfung
- Signifikanter Entwicklungsabschnitt (18./19.Jh): Industrialisierung; Herausbildung moderner Staatlichkeit
- Etabliert als staatliche Aufgabe

„Clinical Medicine“

- Heilung individueller Patienten
- Exklusivität des Arzt-Patient-Verhältnisses (z.B. Schweigepflicht)
- Oft: finanziert über (Sozial-) Versicherungen, die individuelle Leistungsansprüche an Mitgliedschaft in einem Sozialversicherungsträger knüpfen und diese nicht jedem gewähren; graduelle Expansion
- Ärztliche Autonomie

F 3

(2) Bedeutung des Verhältnisses von Public Health und Clinical Medicine

Das Verständnis der Gesundheitspolitik und der Entwicklung staatlicher Handlungsfähigkeit im Politikfeld Gesundheit erfordert die genaue Analyse beider Teilbereiche und ihrer Interaktion

Im folgenden:

1. Diese Behauptung motivieren und erläutern
2. Anhand einer historisch vergleichenden Analyse von zwei Länderfallstudien – Deutschland und USA
3. Eine *neue Projektidee*, die verdeutlicht, wie man dieses Verhältnis untersuchen kann, und was, genau, es bringt

F 4

Gesundheitssystemvergleich: Die gängige Vorgehensweise und ihre Lücken

	Finanzierung	Leistungsanbieter	Regulierung
Staatlich (NHS)	Steuern	Öffentlich: staatliche Organisationen	Hierarchie: Zentrale Planung und Kontrolle
Sozialversicherung	Beiträge aus Erwerbseinkommen	Gesellschaftlich: Non-Profit Organisationen	Korporatismus: Kollektivverhandlungen im staatlich gesetzten Rahmen
Markt-dominiert	Risiko-orientierte Prämien	Privatwirtschaftlich: Profitorientierte Unternehmen	(Regulierter) Wettbewerb

Quelle: Heinz Rothgang et al. (2010) The State and Healthcare... (London: Palgrave Macmillan) S. 17

F 5

Gesundheitssystemvergleich: Was reflektiert diese Unterscheidung?

- Unterschiedliche Arten der Dispersion von Gestaltungsmacht im Gesundheitswesen
- Vor allem: Staatliche Handlungskapazität in Konkurrenz zu Marktkoordination und korporatistischer Interessenvermittlung

Doch:

- **Sie erzählt nur einen Teil der Geschichte, den des Bereichs *Clinical Medicine***
- Ein Ergebnis: Die weitverbreitete Vorstellung eines innenpolitisch „schwachen“ Staates in den USA
 - Vgl. Margitta Mätzke (2011) Amerikanische Sozialpolitik zwischen starkem Staat und starkem Markt. Erscheint in *der moderne Staat*

F 6

Historische Herausbildung von Public Health und Clinical Medicine den USA

- Der Public Health Service entwickelte sich aus dem Marine Hospital Service, einer der frühesten Bereiche zentralstaatlicher Intervention (→ *Surgeon General*)
- Ähnlich nach 1946: Herausbildung der „**Centers for Disease Control**“ aus einer im Militär angesiedelten Kampagne zur Ausrottung von Malaria in den Südstaaten (Malaria Control in War Areas, MCWA)
- Public Health Funktionen waren frühe Bereiche zentralstaatlicher Handlungskapazität
- In der Zwischenkriegszeit noch ein Bündnis mit den niedergelassenen Ärzten; doch seit den 20er Jahren zunehmende Vorbehalte unter letzteren gegenüber der starken staatlichen Präsenz im Gesundheitswesen

F 7

Nachkriegsentwicklung (USA)

- Öffentliche Investition in medizinische Grundlagenforschung (National Institutes of Health), auch CDC
 - Gesundheitsversorgung und v.a. deren Finanzierung blieb privatisiert oder Arbeitgeber-Angelegenheit
 - Keine enge Zusammenarbeit zwischen Public Health Spezialisten und der medizinischen Profession mehr (z.B. bei der Einrichtung der beiden großen öffentlichen Programme Medicare und Medicaid)
- Sozialpolitik spielte eine wichtige Rolle in der Konsolidierung der innenpolitischen Rolle und Machtposition des amerikanischen Zentralstaates, doch im Politikfeld „Gesundheit“ lief das über den Public Health Bereich

F 8

Historische Herausbildung von Public Health und Clinical Medicine in (West-) Deutschland

- Alle Energien zur Herausbildung (zentral-)staatlicher Handlungskapazität flossen in die Sozialversicherungs-Politik; gesetzliche Krankenversicherung war ein Teil davon
- Public Health etabliert als kommunale Aktivität
- Im Dt. Reich und der Zwischenkriegszeit: Public Health Aktivität als „Volksgesundheitspflege“ in einer Reihe von unterschiedlichen Paradigmen
- Viele von denen „Sozialmedizin“, „Sozialhygiene“ „medizinische Polizey“ waren stark sozialreformerisch
- Manche sehr nah am Bereich der Wohlfahrtspflege und an der Kontrolle abweichenden Verhaltens
- In den 30er/40er Jahren diskreditiert durch rassenhygienische Lesarten der Vorstellung von „Volksgesundheit“

F 9

Das Verhältnis beider gesundheitspolitischer Bereiche in Deutschland

- Nach `45 Schwierigkeiten, an die Public Health Tradition der Zwischenkriegszeit wieder anzuknüpfen
- Wiederum: Alle gesundheitspolitischen Energien flossen in die gesetzliche Krankenversicherung und den Ausbau des individualistischen kurativen Bereichs
- Parafiskalische und private Akteure dominieren hier → Unregierbarkeits-Theoreme in der sozialpol. Forschung
- Sehr späte Herausbildung zentralstaatlicher Handlungskapazität: BMG 1992!; in Public Health nach wie vor relativ schwach (→ EHEC-Krise)
- Danach: stetige Konsolidierung und (trotz gegenläufiger Rhetorik: zunehmende staatliche Intervention)

Mätzke, M. (2010). "The Organization of Health Policy Functions in the German Federal Government." *Social Policy & Administration* 44(2): S. 120-141. F 10

Ergebnisse der histor. vgl. Institutionenanalyse

1. Das gemeinsame Motiv eines nicht-optimalen Zusammenwirkens von „public health“ und „clinical medicine“ ist auch institutionell manifest
 2. Doch in unterschiedlichen Ländern auf unterschiedliche Art
 3. In Public Health und Clinical Medicine verlief der Prozess der Professionalisierung nicht synchron
 4. Unterschiedliche Positionierungen und Abgrenzungen an den kritischen Zeitpunkten der institutionellen Richtungsentscheidungen (z.B. Professionalisierung und medizinischer Fortschritt in beiden Bereichen in der Zwischenkriegszeit oder Expansion nach `45) (→ critical junctures)
- Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen staatlicher Aktivität¹¹

(3) Policy-Konsequenzen

Policy-Konsequenzen unterschiedlicher Institutionalisierung des Verhältnisses zwischen Public Health & Clinical Medicine

1. In vielen Bereichen relativ eindeutig und bereits gut untersucht:

- Zugang zu Gesundheitsleistungen und gesundheitliche Ungleichheit
- Kosten des Gesundheitswesens
- Doch auch: Leistungen in der Spitzenforschung
- Ausbildung

2. Im Bereich *Public Health* nicht so klar:

- **Anwendungsbeispiel:** Die H1N1-Pandemie (Schweinegrippe) und der Umgang verschiedener Länder mit massenhaften Impfungen gegen die Krankheit
- **Neues Projekt !!**

F 12

Die H1N1 Pandemie

WHO Untersuchung über das Management der Epidemie

WHO: „Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009“. Mai 2011

- Hintergrund: Vorwürfe an die WHO eines schlechten Krisenmanagements und eines voreiligen und übertriebenen Aktionismus
- Internationales Komitee aus Public Health Experten (kein Mitglied aus Kontinentaleuropa!)
- Befunde:
 - Kein Fehlverhalten; insgesamt gutes Krisenmanagement
 - Probleme in der Kommunikation
 - Problem: Schwere des Krankheitsverlaufs floss nicht in die Definition von „Pandemie“ ein
 - Dennoch: Der milde Verlauf war ein Glück → Grund:

F 13

Probleme bei der Implementation von Maßnahmen zum Schutz gegen die Krankheit

Vor allem: Impfungen

•“The core national and local capacities called for in the IHR are not yet fully operational and are not now on a path to timely implementation worldwide” (S.11)

- cost, available resources, ease of implementation **within existing infrastructures** and acceptability by the public are key considerations in decision-making related to the use of public-health measures;
- improvements in public-health capacity building and **modernization of public- health law** would be necessary to underpin and support the measures;
- protection of human rights must be maintained during the application of public- health measures;
- effective implementation was critically dependent on good **communication** and social mobilization (S. 104)

→ Die Einbettung in gesundheitspolitische Institutionen ist kritisch

F 14

Z.B. die deutsche Impfkampagne

Logistische Probleme:

•Keine einheitliche Regelung, welche Stelle die Impfungen durchführen würde

•Durchführung durch Hausärzte funktionierte kaum

→Das gut ausgebaute System hausärztlicher Versorgung in Deutschland erwies sich als Hindernis gegenüber der groß angelegten Impfkampagne!

Kommunikationsprobleme:

•Schlechte Presse der Wirkkraftverstärker im Impfstoff

•Unterschiedlicher Impfstoff für Bundesbedienstete

•Mögliche Nebenwirkungen

Datenprobleme (ein Problem der vgl. Analyse der Kampagne):

•*Daten über Impfungen noch nicht zuverlässig*

F 15

Arbeitshypothesen:

Hypothesen über Policy-Konsequenzen unterschiedlicher
Institutionalisierung des Verhältnisses zwischen Public Health
& Clinical Medicine

1. Komplementarität: Ein ausgebautes Gesundheitssystem im
individuell-kurativen Bereich ist eine Ressource für die
Umsetzung von Public Health Kampagnen

2. Konkurrenz: Ein ausgebautes Gesundheitssystem (...) bedeutet vor allem, dass es Strukturen und Akteure gibt, die die Umsetzung von Public Health Kampagnen behindern können (und dies u.U. auch tun)

3. Pluralismus: Es gibt Phänomene der oben beschriebenen Konkurrenz, doch die sind ein Vorteil, kein Problem

F 16

(4) Befunde zu diesen Hypothesen versprechen Antworten auf:

1. Die Frage nach der *Effizienz* gesundheitspolitischer Intervention
2. Die Frage nach staatlicher Handlungskapazität im Politikfeld „Gesundheit“
3. Die Frage nach Veränderungen des Politikfeldes im Zuge zunehmender Europäisierung
Scott Greer und Margitta Mätzke: „Voyaging Viruses and Bacteria without Borders: Communicable Disease Control in Europe“. Forthcoming 2012 in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*
4. Vorteile, Grenzen und mögliche Gefahren einer wachsenden staatlichen und über-staatlichen Handlungskapazität

F 17